

AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS POR GESTANTES E SEUS IMPACTOS NA PREVALENCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Meyrillene Cristina da Silva Moura¹, Mirian Patrícia Castro Pereira Paixão²

RESUMO

A gestação é uma fase na vida de uma mulher ao qual surgem várias mudanças desde as físicas, psicológicas e sociais. Muitas delas tendem a adotar novas práticas alimentares para promover melhor qualidade de vida para esse novo ser que está sendo gerado. Dessa forma, o objetivo foi observar os hábitos alimentares desta população, identificando o consumo de alimentos industrializados, e avaliar a qualidade na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis nesse período na vida de uma mulher ao qual requer vários cuidados específicos que é a gestação. O estudo foi realizado com 106 gestantes, com idade entre 17 a 43 anos. Os dados foram obtidos através de questionários nutricionais digitais para avaliar o consumo de alimentos industrializados (processados e ultra processados). Todas as gestantes foram informadas sobre o objetivo do estudo e tiveram que confirmar sua participação a partir do termo de consentimento livre e esclarecido. Para apresentação dos dados foi feita uma estatística descritiva, no qual as variáveis categóricas foram apresentadas através de frequência absoluta e relativa e as variáveis numéricas foram apresentadas por meio de média e desvio padrão. Os resultados demonstram que 45,28% parte das participantes apresentaram eutrofia antes da gestação, em contrapartida, o número de mulheres obesas antes da gestação era de 21,69%, sendo 16,03% com obesidade grau 1, 4,71% obesidade grau 2 e 0,94% obesidade grau 3, um total de 32,07% com sobrepeso e 0,94% em magreza grau 1. Esse número não apresentou uma mudança

quando comparado ao IMC de acordo com a semana gestacional, pois o número de gestantes obesas permaneceu com 21,69%, Gestante com baixo peso tiveram 6,60% e com peso adequado foram 39,62% gestantes. Em relação aos hábitos alimentares, constatou-se que 100 % consomem alimentos processados ou/e ultra processados. Conclui-se, diante desse estudo as gestantes precisam melhorar sua alimentação, visto que esta condição metabólica e nutricional pode favorecer o desenvolvimento de doenças crônica não transmissíveis na gestação que podem comprometer a saúde da mulher e da criança mesmo após esta etapa.

Palavras-chave: Nutrição materna, Doenças crônicas não transmissíveis, alimentação saudável.

ABSTRACT

EVALUATION OF INDUSTRIALIZED FOOD CONSUMPTION BY PREGNANT WOMEN AND THEIR IMPACTS ON THE PREVALENCE OF CHRONIC NON-TRANSMITTABLE DISEASES

Pregnancy is a phase in the life of a woman to which various changes arise from the physical, psychological and social. Many of them tend to adopt new eating practices to promote better quality of life for this new being that is being generated. Thus, the objective was to observe the eating habits of this population, identifying the consumption of industrialized foods, and to evaluate the quality in the prevalence of chronic non-communicable diseases in this period in the life of a woman who requires several specific cares, which is pregnancy. The study was carried out with 106 pregnant women, aged between 17 and 43 years. The data were obtained through digital nutritional questionnaires to assess the consumption of processed foods

(processed and ultra-processed). All pregnant women were informed about the objective of the study and had to confirm their participation based on the informed consent form. For the presentation of the data, a descriptive statistic was made, in which the category variables were presented through absolute and relative frequency and the numerical variables were presented by means and standard deviation. The results show that 45.28% of the participants had eutrophy before pregnancy, in contrast, the number of obese women before pregnancy was 21.69%, with 16.03% with grade 1 obesity, 4.71% with obesity. grade 2 and 0.94% obesity grade 3, a total of 32.07% overweight and 0.94% thinness grade 1. This number did not change when comparing the BMI according to the gestational week, as the number of obese pregnant women remained at 21.69%, low weight pregnant women had 6.60% and with adequate weight 39.62% pregnant women. Regarding eating habits, it was found that 100% consume processed or / and ultra-processed foods. In conclusion, in view of this study, pregnant women need to improve their diet, since this metabolic and nutritional condition can favor the development of chronic non-communicable diseases during pregnancy that can compromise the health of women and children even after this stage.

Key-words: Maternal nutrition, Chronic non-communicable diseases, healthy eating.

¹ Acadêmica de Nutrição da Católica de Vitória Centro Universitário, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

² Docente da Católica de Vitória Centro Universitário, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

E-mail dos autores:

Meyrillene.silvamoura@yahoo.com.br

miriannutricionista@yahoo.com.br

Endereço para correspondência:

Meyrillene Cristina da Silva Moura

Av. Vitória, nº 950, Forte São João

Vitória/ES - CEP 29017- 950

INTRODUÇÃO

A gestação é a fase de constante modificação no corpo da mulher, pois esse organismo precisa se preparar para gerar uma nova vida, com isso ele passa por várias modificações e adaptações. As primeiras modificações apresentadas são: as cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinal, metabólicas e hematológicas (Pereira, 2005).

O avanço tecnológico permitiu a produção e o acesso a maior quantidade de alimentos pré preparados, que vem repletos de corantes, acentuador de sabor, sódio, conservantes, dentre outros. Isso tem sido de grande contribuição para o aparecimento de doenças crônicas em gestantes, que muitas vezes pela dificuldade do organismo da gestante aceitar determinado tipo de alimento e/ou pela praticidade de pedir uma comida pronta vem aumentando de forma significativa (Vitolo, 2014).

Doenças crônicas não transmissíveis degenerativas como: hipertensão, diabetes e obesidade podem ser desencadeadas – pelo consumo de grandes quantidades de gordura trans e saturada, juntamente com alimentos ricos em sódio, açúcares, calorias, deficientes em fibras e que por sua vez consomem pouca quantidade de alimentos “*in natura*” como cereais, frutas, legumes, entre outros (Coutinho e colaboradores, 2008).

De acordo com que a gestação vai evoluindo o organismo materno precisa ir se adaptando a algumas modificações em seu estado tanto fisiológico quanto metabólico, com isso o metabolismo dos macronutrientes também sofrem impactos. Na gestação é ainda mais importante o consumo adequado, pois as gestantes que não atingem a recomendação de consumo de energia podem apresentar reserva insuficiente de nutrientes ficando o feto predispostos a apresentar comprometimento no crescimento (Saffioti, 2014), e o consumo exagerado de calorias pode levar a mãe à obesidade

durante e após a gestação. As necessidades energéticas aumentam e para isso tem um ganho ponderal de acordo com o peso pré gestacional da gestante. A recomendação de lipídeo varia entre 20% a 35% das calorias totais, importante o consumo de gordura poli-insaturada o IOM estabelece uma quantidade de 13g/dia de ômega 6 (ácido linoleico) e 1,4g/dia para ômega 3 (ácido linolênico) (Rossi, 2015). A recomendação proteica pela OMS é em média 6g/dia durante o período gestacional ou 1,2, 6,1, e 10,7 para o primeiro, segundo e terceiro trimestre respectivamente. E o consumo inadequado de carboidratos pode acarretar danos para o bebê, pois, de acordo com Nomura (2011), “o metabolismo dos carboidratos é importante determinante do desenvolvimento fetal”, já que tem a função de fornecer energia para as células. Portanto, a baixa ingestão desse nutriente está relacionada ao baixo peso no nascimento. O consumo de carboidrato de maneira incorreta pode resultar em sérios problemas de saúde do feto e na gestante, um deles é o diabetes gestacional. De acordo com a DRI, a RDA para gestantes é de 45% a 65% das calorias totais diárias. Dentro dessa margem previne o quadro de cetose e mantém níveis seguros da quantidade de glicose na corrente sanguínea (Rossi, 2015).

Nota-se um aumento na prevalência de excesso de peso entre a população de modo geral, principalmente nas mulheres em idade reprodutiva. (Ministério da saúde, 2012). Mulheres que iniciam a gestação com excesso de peso, tendem a manter-se nesta condição e o ganho de peso neste grupo é superior quando comparadas às gestantes que iniciaram a gestação com baixo peso ou eutrofia (Nochieri e colaboradores, 2008). Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (Caldeyro, 1973).

A gestação é voltada de influências hormonais, cada um deles age de uma forma, o gonadotrofina coriônica mais conhecido como HCG por exemplo, aumenta a condição de náuseas, constipação (intestino preso) e vômito, nesse momento algumas mulheres não toleram se alimentar logo que acorda, outras não conseguem sentir cheiro de alho, perfume, creme, algumas tem preferência por alimentos ácidos, outras por alimentos salgados e poucas por doces, dentre outros sem que façam vômitos. Dificultando assim uma alimentação adequada. Esse hormônio tem sua ação ativa até meados dos três meses que é quando a placenta completa sua formação, após esse período é o hormônio progesterona que passa a ser efetiva para ajudar na fixação do bebê, facilitando a eliminação de sódio pelo organismo, diminuindo assim as chances de retenção hídrica (Gomes,2019).

É de conhecimento público que a alimentação interfere na saúde do indivíduo, mas não somente na origem de doenças. A alimentação e nutrição adequadas promovem saúde, qualidade de vida, melhora a capacidade de aprendizagem de trabalho, diminui gastos com saúde e aumenta a longevidade, ou seja, é de extrema importância para a mulher no estado gravídico que a alimentação seja balanceada e atenda suas necessidades energéticas para que não tenha nenhum tipo de agravo, apesar de ter fortes influências hormonais é possível sim, elaborar um plano alimentar que não seja repleto de conservantes, sódio e outros aditivos químicos, podendo aumentar as chances doenças crônicas (Alves, 2018; Amorim, 2016; Fernandes, 2019; Gomes, 2019).

Para assegurar que a gestante receba um atendimento de qualidade afim de garantir uma gestação sadia até o final, estabeleceu-se junho de 2000 a Portaria N° 569. Por meio dela, tem-se conhecimento do número mínimo de consultas que as gestantes

devem receber no pré-natal que é de 6 atendimentos, e que se iniciem no máximo até o 4º mês de gestação (Brasil, 2000).

Com isso, o presente estudo teve como objetivo avaliar o consumo de alimentos industrializados e seus impactos na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, avaliar o perfil bioquímico e nutricional, e classificar o perfil antropométrico e alimentar entre gestantes residentes na região da grande Vitória, Espírito Santo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de Pesquisa

Tratou-se de uma pesquisa de campo exploratória descritiva transversal cujos dados foram obtidos através de questionários de nível de consumo alimentar digital, sobre particularidades do público gestante; Para a avaliação antropométrica foram utilizados os indicadores de peso (kg), altura (m), e IMC (kg/m^2) ($\text{altura}^2 / \text{peso}$), sendo este feito para o IMC atual e pré-gestacional da gestante, a partir das informações de peso e altura, para a caracterização da amostra quanto ao estado de saúde foram coletados informações referente a doenças crônicas não transmissíveis relatadas pelas gestantes sendo elas: diabetes, hipertensão e obesidade, frequência do consumo de alimentos in natura como frutas e verduras por semana, frequência do consumo de alimentos industrializados como refrigerantes e/ou sucos artificiais, salgadinhos, embutidos e biscoito recheado, bala e doce em geral, frequência do consumo de carne vermelha com gordura e frequência do consumo de pedaços de frango com pele.

Amostra

Foi selecionada uma amostra por conveniência, sendo esta composta por 106 mulheres, na faixa etária de 17 a 43 anos que se encontravam gestante.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa, e todas as gestantes avaliadas nesta pesquisa tiveram que consentir voluntariamente com os termos da pesquisa antes de responderem o questionário digital, sendo que, seus dados foram obtidos de forma sigilosa, sem informações que possibilitam a identificação do voluntário.

Avaliação do consumo de alimentos

A avaliação do nível de conhecimento nutricional foi feita através do uso de um questionário digital que continham perguntas sobre particularidades nutricionais da gestante como: a frequência do consumo de alimentos in natura como frutas e verduras por semana, frequência do consumo de alimentos industrializados como refrigerantes e/ou sucos artificiais , salgadinhos, embutidos e biscoito recheado, bala e doce em geral, Frequência do consumo de carne vermelha com gordura e frequência do consumo de pedaços de frango com pele (Giacomello A, Schmidt MI, Nunes MAA, Duncan BB, Soares RM, Manzolli P, Camy S. 2008)

Avaliação do Estado Nutricional

A avaliação do estado nutricional foi feita através de questionário digital pelo qual foram obtidas informações sobre a classificação do IMC de acordo com o peso pré gestacional, e IMC de acordo com o peso no momento de resposta do questionário.

o qual foi calculado a partir das informações de peso e altura adquiridas via questionário e classificado de acordo com o ponto de corte da Tabela 1.

Tabela 1 – Ponto de corte para classificação de IMC antes da gestação e durante a gestação

GANHO DE PESO RECOMENDADO (EM KG) PARA MÃE DURANTE A GESTAÇÃO			
ESTADO NUTRICIONAL ANTES DA GESTAÇÃO (IMC)	GANHO DE PESO TOTAL DO 1º TRIMESTRE	GANHO DE PESO SEMANAL MÉDIO PARA O 2º E 3º TRIMESTRE	GANHO DE PESO TOTAL DURANTE A GESTAÇÃO (kg)
Mães de baixo peso (IMC ATÉ 18,4 kg/m ²)	2,3 kg	0,5 kg	12,5 - 18,0 kg
Mães de peso adequado (18,5 kg/m ² até 24,9 kg/m ²)	1,6 kg	0,4 kg	11,5 - 16,0 kg
Mães com sobre peso (IMC de 25 kg/m ² ATÉ 29,9kg/m ²)	0,9 kg	0,3 kg	7,0 - 11,5 kg
Mães com obesidade (IMC acima de 30 kg/m ²)	0 kg	0,3 kg	7,0 kg

Fonte: Brasil (2000).

Análise dos Dados

Os dados qualitativos e quantitativos foram apresentados a partir de estatística descritiva, no qual as variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa. Estes dados se referem ao nível de conhecimento das voluntárias deste estudo. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média e desvio padrão com o auxílio do software Microsoft Office Excel.

RESULTADOS

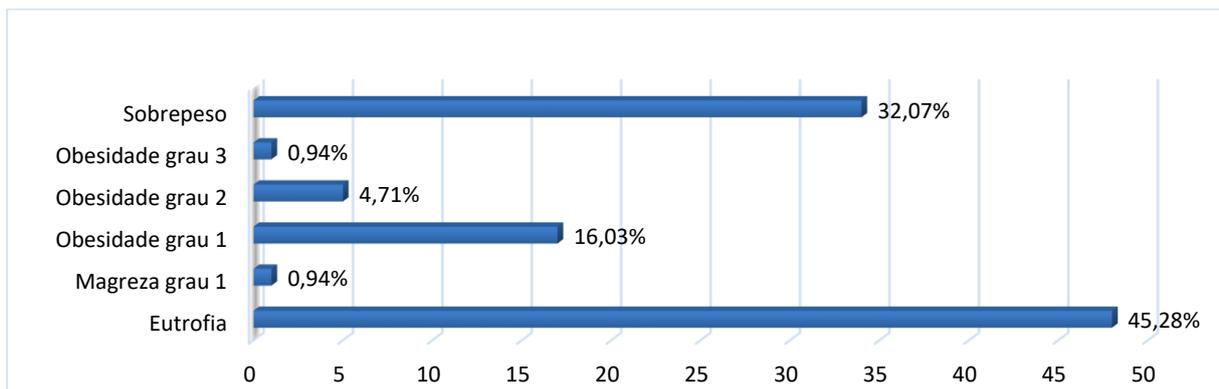
Foram avaliadas 106 voluntárias, na faixa etária de 17 a 43 anos e média etária de 29 anos (DP ± 5,46); estando, desta forma, com a classificação do IMC para altura, para magreza grau 1, 0,94% participante, eutrófica 45,28% participantes, com sobre peso

32,07% participantes, obesidade grau 1 - 16,03% participantes, obesidade grau 2 – 4,71% participantes, e obesidade grau 3 – somente 0,94% participante.

Análise do Estado Nutricional Pré gestacional

No gráfico 1, foi possível observar uma variação de peso com um valor mínimo e máximo de 42 kg e 120 kg, respectivamente, e (DP \pm 14,94) e do IMC foi de 15,16 kg/m² (DP \pm 0,26). Quando analisado o IMC, é possível perceber que o IMC mínimo foi de 17,71 kg/m², máximo de 41,52 kg/m², e (DP \pm 4,86).

Gráfico 1 – Classificação do IMC de acordo com o peso pré gestacional

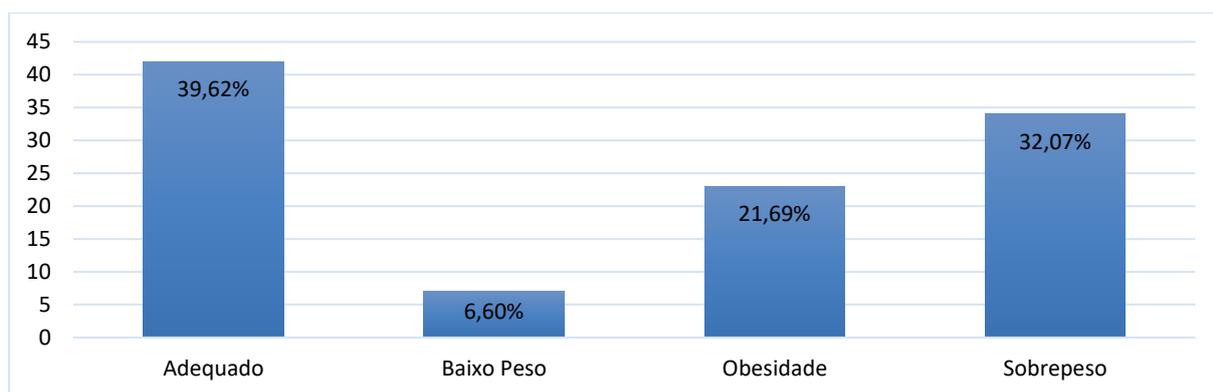


Fonte: Elaboração própria.

Análise do Estado Nutricional gestacional

Das 106 voluntárias que participaram da pesquisa, quando analisado o IMC de acordo com a semana de gestação 6,66% estão com baixo peso, 39,62% estão com peso adequado, 32,07% estão com sobrepeso, e 21,69% estão obesas e (DP \pm 5), dados esses representados no gráfico 2.

Gráfico 2 – Classificação do IMC de acordo com a semana gestacional



Fonte: Elaboração própria.

Análise do Nível de Conhecimento Nutricional

Na tabela 2 foram expressas as perguntas e respostas sobre as doenças crônicas não transmissíveis pelas gestantes, e a presença delas na saúde do pai e da mãe, foi observado que a maioria das gestantes não possui DCNT, o que demonstra que elas têm ciência da importância e necessidade de uma alimentação saudável, equilibrada e controle do peso. Porém as DCNT estão presentes em grande parte de seus pais.

Tabela 2 – Caracterização da amostra quanto ao estado de saúde

Doenças crônicas não transmissíveis relatadas pelas gestantes	não (%)		sim (%)	
Diabetes gestacional	105	99,05	1	0,94
Hipertensão	105	99,05	1	0,94
Obesidade	82	77,35	23	21,69
Doenças crônicas não transmissíveis com histórico familiar	não (%)		sim (%)	
Diabetes Mellitus	38	35,84	68	64,15
Hipertensão	66	62,26	40	37,73

Fonte: Elaboração própria. Legenda: (sim e não) frequência absoluta (%) percentual.

A tabela 3 se refere às ao consumo de alimentos in natura como frutas e verduras por semana, e foi observado nesta seção que 39 gestantes consomem frutas diariamente e 33 consomem verduras diariamente o que supera a quantidade das que não comem nunca que de ambas corresponde apenas 1 gestante.

Tabela 3 – Frequência do consumo de alimentos in natura como frutas e verduras por semana

Frequência do consumo de alimentos in natura como frutas e verduras por semana									
Frutas	sim (%)		não (%)		Verduras	sim (%)		Não (%)	
1 a 2 vezes por semana	21	19,81	85	80,18	1 a 2 vezes por semana	26	24,52	80	75,47
3 a 4 vezes por semana	31	29,24	75	70,75	3 a 4 vezes por semana	41	38,67	65	61,32
5 a 6 vezes por semana	11	10,37	95	89,62	5 a 6 vezes por semana	1	0,94	105	99,05
Todos os dias	39	36,79	67	63,2	Todos os dias	33	31,13	73	68,86
Quase nunca	3	2,83	103	0,97	Quase nunca	4	3,77	102	96,22

Fonte: Elaboração própria. Legenda: (sim e não) frequência absoluta (%) percentual.

Na tabela 4 estão apresentadas as perguntas e respostas que se referem ao consumo de alimentos processados e ultra processados como refrigerantes e/ou sucos artificiais, salgadinhos, embutidos e biscoito recheado, bala e doce em geral. Foi constatado que 54 gestante não fazem o consumo de refrigerante e suco artificial, frituras, salgadinhos e embutidos 44 gestantes fazem o consumo menos de 2 vezes por semana, e o biscoito recheado, waffer, bala e doce em geral 43 fazem o consumo raramente ou não consomem.

Tabela 4 – Frequência do consumo de alimentos industrializados como refrigerantes e/ou sucos artificiais, salgadinhos, embutidos e biscoito recheado, bala e doce em geral

Frequência do consumo de alimentos industrializados como refrigerantes e/ou sucos artificiais, salgadinhos, embutidos e biscoito recheado, bala e doce em geral

	Consomem Menos de 2 vezes por semana		Consomem de 2 a 3 vezes por semana		Consomem de 4 a 5 vezes por semana		Consomem todos os dias		Nunca ou raramente consomem	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Refrigerante e suco artificial	16	15,09	33	31,13	2	1,88	1	0,94	54	50,94
Frituras, salgadinhos e embutidos	44	41,50	29	27,35	4	3,77	2	1,88	27	25,47
Biscoito recheado, waffer, bala e doce em geral	40	37,73	16	15,09	5	4,71	2	1,88	43	40,56

Fonte: Elaboração própria. Legenda: (n) frequência absoluta (%) percentual.

Na tabela 5, as perguntas e respostas que se referem ao consumo de carne vermelha com gordura e frequência do consumo de pedaços de frango com pele. Nessa seção foi demonstrado grande consenso entre as respostas das participantes, a quantidade que consomem carne vermelha com gordura corresponde a 22,64%, as que tiram sempre que visível 64,15%, quando o consumo se refere ao frango, 29,24% gestantes comem com pele e as que tiram sempre a pele totalizam em 55,66%.

Tabela 5 – Frequência do consumo de carne vermelha com gordura e frequência do consumo de pedaços de frango com pele

Frequência do consumo de carne vermelha com gordura e frequência do consumo de pedaços de frango com pele					
Carne vermelha	consomem	(%)	Pedaços de frango com pele	consomem	(%)
Come com a gordura	24	22,64	Come com pele	31	29,24

Tira sempre o excesso de gordura visível	68	64,15	Tira sempre a pele	59	55,66
Não come carne vermelha com gordura	11	10,37	Não come pedaços de frango com pele	14	13,2
Não come carne vermelha	2	1,88	Não come frango	1	0,94
Outro	1	0,94	Outros	1	0,94

Fonte: Elaboração própria. Legenda: (sim e não) frequência absoluta (%) percentual.

DISCUSSÃO

De acordo com a análise e resultados obtidos, foi possível observar que a quantidade de gestante com sobrepeso e obesidade antes de engravidar e de acordo com a semana de gestação não tiveram alteração quando comparados. Condição essa que já classifica risco, tanto para a mãe quanto para o feto nos meses iniciais e finais da gestação.

Mulheres que iniciam a gestação com Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 18,5kg/m² tendem a gerar crianças com baixo peso, enquanto que, as grávidas ao qual estavam com sobrepeso ou obesidade antes da gestação tendem a desenvolver diabetes gestacional, hipertensão gestacional e há mais chance de haver prematuridade e abortos espontâneos (Paiva e colaboradores 2007; Vettore 2011).

A recomendação do Ministério da Saúde para o ganho de peso durante a gestação é de acordo com o estado nutricional pré-gestacional, sendo indicado para as mulheres com magreza um ganho de 12,5kg a 18kg, para as eutróficas de 11kg a 16kg, para mulheres com sobrepeso 7kg a 11kg e para as obesas de 5 a 9kg no máximo (Brasil, 2000).

As necessidades energéticas durante a gestação irão aumentando conforme (seu avanço), a gestação irá avançando, para que o bebe receba todo o aporte nutricional

necessário e não tenha seu desenvolvimento comprometido, porém se esses fatores estiverem em desequilíbrio pode acarretar em ganho de peso para a gestante resultando em algumas doenças crônicas não transmissíveis como: hipertensão arterial, diabetes, obesidade pós-parto, macrosomia fetal, além de complicações no parto e puerpério (Batista e colaboradores, 2003). Uma pesquisa transversal realizada pela VIGITEL em 2009/2010 no segundo trimestre gestacional com 256 gestantes no município do interior paulista mostrou que 45,7 % a refeição principal por lanche de 1 a 2 vezes por semana, o consumo de refrigerantes era ao menos 1 vez por semana totalizando em 69,9% e o consumo de biscoitos/bolachas era de 86,4%. Quando se fala de grandes influenciadores de doenças crônicas como o diabetes, hipertensão, obesidade e em pré eclampsia no momento do parto, esses hábitos são contribuintes. Conforme for a ingestão de outros alimentos ultra processados como salsicha, linguiça, doces e guloseimas essa gestante poderá se tornar uma cardiopata (Amorim, 2016; Gomes, 2015).

A frequência do consumo dos alimentos industrializados, de 106 gestantes 31,13% fazem o consumo de refrigerante e suco artificial de 1 a 2 vezes por semana, 15,09% consomem esses mesmos alimentos de 3 a 4 vezes por semana, 2 de 5 a 6 vezes, 50,94% não consomem e 0,94% consome todos os dias. Quando falamos do consumo de frituras, salgadinhos e embutidos 41,50% gestantes relataram consumir menos de 2 vezes por semana, 27,35% consomem de 2 a 3 vezes por semana, 3,77% consomem de 4 a 5 vezes por semana, 1,88% gestantes consomem diariamente e 25,47% nunca consomem ou raramente, contribuindo significativamente para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis ao longo da gestação e podendo perdurar após o nascimento do bebê, visto que alimento ultra processados são ricos em sódio. O papel do sódio no desenvolvimento e evolução das SHG tem despertado

interesse, mas constata-se que o assunto ainda merece maiores estudos, logo há controvérsias quanto à cota recomendada nas formas graves ou crônica, devendo cada caso ser apreciado individualmente. Sabe-se que: Os requerimentos de sódio estão aumentados na gestação em torno de 25 g ou 60 g de Na Cl durante toda a gestação (4 mg/dia) (Teixeira, 2015). A pressão arterial é caracterizada por elevados níveis da pressão nas artérias, podendo causar lesão em vários órgãos, como o coração, rins, cérebro, retina e até mesmo no cérebro (Rauber, 2011). A gestante com a pressão elevada durante a gestação, que tenha seus valores superiores ou igual a 14 por 9 mmHg sem o tratamento adequado, pode evoluir para pré eclampsia acompanhada de proteinúria, acompanhada de edema após a 20ª semana de gestação, podendo esse quadro de hipertensão se estabelecer ou não após o parto. Em caso de pré eclampsia, pode evoluir para eclampsia e a síndrome de HELLP que é de extrema gravidade, podendo até resultar em falência de órgãos a ativação de enzimas hepáticas (Gonçalves e colaboradores, 2005).

Algumas complicações podem surgir com o aparecimento da SHG, maternas: hemorragia cerebral, falha renal, hepática ou cardíaca, coagulação intravascular generalizada, sangramento generalizado e morte. Fetais: prematuridade, baixo peso, RCIU, descolamento da placenta, aborto espontâneo e morte fetal (Rombaldi, 2011). A assistência a gestante com SHG tem como objetivo: evitar a hipertensão residual, garantir a sobrevivência fetal, assegurar saúde obstétrica da gestante com o intuito de diminuir os traumatismos. Sendo cada SHG tratada de uma forma, a de forma leve a recomendação é ambulatorial ou internação e a moderada ou grave somente internação. O tratamento da SHG consiste em repouso físico e psíquico em decúbito lateral esquerdo, pois o repouso psíquico diminui a descarga de adrenalina. Quando o tratamento for medicamentoso em função das características clínicas, se for sedativo

(excitabilidade), hipotensores, diuréticos (nos casos de edema pulmonar, ICC, síndrome nefrótica crônica). Na avaliação Clínica é realizada avaliação da presença de edema, níveis de pressão arterial, evolução da altura uterina e estado geral da gestante (nível de consciência), sinais de vitalidade fetal (Brasil, 2000).

Além de várias alterações que o organismo materno sofre durante esse processo, alguns hormônios impactam diretamente no comportamento da pressão arterial. As prostaglandinas, prostaciclina e o tromboxano são os mais importantes nesse processo. As prostaciclina atua na vasodilatação sendo o oposto do tromboxano que atua com vasoconstrição, é necessário que ambos estejam sempre em sintonia para que a pressão arterial esteja sempre em níveis seguros para a mãe e conseqüentemente para o feto. As conseqüências indesejadas caso essa homeostase não aconteça irá surgir a DHGE com as seguintes conseqüências: menor índice de Apgar, trombocitopenia, lesões hepáticas, edema pulmonar, epilepsia com danos cerebrais nos casos mais graves e retardo do crescimento intrauterino (com a vasoconstrição, a invasão trofoblástica dos vasos uterinos fica prejudicada, juntamente com a diminuição da passagem de nutrientes e oxigênio para o feto) (Accioly e colaboradores, 2002).

Esse estudo mostrou que apesar de apenas 1 gestante ser hipertensa e 1 apresentar DM, uma grande parte das gestantes são obesas 23 (21,69%), o que pode ofertar maiores chances de desenvolvimento de DM II, hipertensão, pré-eclâmpsia, ruptura prematura de membranas, parto cesárea e menor índice de apgar nos recém-nascidos. Gestantes com sobrepeso e obesidade também apresentaram fetos com tamanhos inadequados, sendo e eles majoritariamente classificados em GIG (Mattar e colaboradores, 2009).

As mulheres que têm diabetes gestacional depois do parto podem desenvolver o diabetes tipo 2, porque a glicose vai aumentar a adiposidade, e se depois do nascimento do bebê a mulher não fizer o controle do peso, esse excesso de gordura acaba bloqueando os receptores de insulina favorecendo essa situação. Isso é ainda mais provável para as mulheres que começam a gestação com o IMC mais do que 30, por isso nessas situações é previsto o menor acréscimo de peso possível. (Rossi, 2015). O diagnóstico para Diabetes mellitus (DM) é de acordo com a ADA, que deve ser realizado teste oral de tolerância a glicose com 75g ou 100g de dextrose, exame esse devendo ser solicitado na 24^a ou na 28^a semana de gestação. Salvo as mulheres que tiveram diabetes em gestações anteriores, para essas, o exame deve ser solicitado entre a 16^a e 18^a semana de gestação. Se o resultado apresentar negativo, ao chegar na 28^a semana o mesmo deve ser repetido (Vasconcelos, 2011).

O desenvolvimento anormal do feto durante a gestação por conta do sobrepeso e obesidade pode levar a morbidades durante a infância e até mesmo, na vida adulta (como excesso de peso, diabetes, hipertensão, entre outros). Um fenômeno conhecido como "programação fetal" que estimula o ajuste fetal ao ambiente uterino levando a mudanças permanentes no fenótipo (isto é, estrutura física, fisiologia e metabolismo) (Vasconcelos, 2011). Em 2004, o ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher (PNAISM) com o foco na diminuição da morbimortalidade de mulheres no Brasil, de forma a garantir as devidas condições de atendimento, respeitando o comportamento fisiológico e garantindo acesso aos meios de saúde estabelecidos. Devido a crescente quantidade de óbitos em gestantes, em 2000 foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de diminuir a taxa de morbimortalidade e estimulando maior abrangência no acompanhamento da gestante através do pré-natal, além de fornecer

informações e orientações no decorrer da gravidez, evitando complicações (Martinelli e Guidolini, 2014).

CONCLUSÃO

Com os resultados, foi possível notar que grande parte das gestantes participantes relataram consumir alimentos industrializados no período gestacional, sendo duas dessas gestantes já portadoras de diabetes e hipertensão, e grande parte das gestantes já eram obesas antes mesmo da gestação. O que comprova a necessidade de mais abordagens de educação nutricional e de intervenção até mesmo psicológica por um psicólogo para ratificar e assegurar a importância da mudança destes hábitos. Vale ressaltar que a gestação ocasiona uma mudança muitas vezes drásticas no consumo alimentar da gestante, por má aceitabilidade de alimentos, por enjoos, por preferências alimentares, portanto, gestantes não devem negligenciar o acompanhamento médico e nutricional. Por esse motivo, o acompanhamento nutricional e controle de peso deve ser motivado com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de morbidades, consumo de alimentos ultra processados e o ganho de peso excessivo que pode gerar danos à saúde da mãe e do feto, além de garantir bom suporte na ingestão de micronutrientes, importantes na gestação, favorecendo hábitos de vida saudável que pode perdurar no decorrer da vida do ser que está para nascer.

REFERÊNCIAS

1 - ACCIOLY, Elizabeth; SAUNDERS, Claudia; LACERDA, Elisa Maria de Aquino. Nutrição em obstetrícia e pediatria. In: Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro, 2002.

2 - ALVES, F.L.C.; Castro, E.M.; SOUZA, F.K.R.; LIRA, M.C.P.S.; RODRIGUES, F.L.S.; PEREIRA L.P.; Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. Rev Gaúcha Enferm. V.40, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/1983-1447-rgenf-40-e20180023.pdf>.

Acesso em: 31. Ago. 2019.

3 - AMORIM, T.V.; *et. al.* Cotidiano da gravidez de risco por cardiopatia: estudo fenomenológico das relações assistenciais. Escola de Enfermagem Anna Nery. URFJ, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160091.pdf>. Acesso em: 01. Out. 2019.

4 - BATISTA, Daniele Costa et al. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. Rev. bras. saúde mater. infant, v. 3, n. 2, p. 151-158, 2003.

5 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Manual Técnico: Gestação de Risco [Internet]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 01. Out. 2019.

6 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Indicadores e Dados Básicos, 2012. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm> >. Acesso em: 01. Out. 2019.

7 - Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gestação de alto risco. Manual técnico. Brasília:MS;2000.

8 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Manual Técnico: Gestação de Risco [Internet]. 2010. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em:01. out. 2019.

9 - CALDEYRO-BARCIA, R. et al. Frecuencia cardíaca y equilibrio ácido base del feto. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1973. (Publicación científica del CLAP, n. 519).

10 - COUTINHO, Janine Giuberti; GENTIL, Patrícia Chaves; TORAL, Natacha. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s332-s340, 2008.

11 - FERNANDES, J.A.; CAMPOS, G.W.S.; FRANCISCO, P.S.B.; Perfil das gestantes de alto risco e a congestão na indecisão sobre a via de parto entre médico e gestante. Saúde debate, Rio de Janeiro, v.43,n.121,p 406-416, Abr-Jun,2019. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019000200406&script=sci_arttext .Acesso em:31. Ago. 2019.

12 - GIACOMELLO, A.; SCHIMIDT, M.I.; NUNES, M.A.A.; et al. Validação relativa de Questionário de Frequência Alimentar em gestantes usuárias de serviços do Sistema Único de Saúde em dois municípios no Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant 2008;8(4):445–454

13 - GOMES, A.B.; MALTA, M.B.; MARTIANO, A.C.A.; BONIFACIO, L.P.D.; CARVALHES, M.A.B.L.; Práticas alimentares de gestantes e mulheres não grávidas: há diferença?. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria. São paulo, p.1-8,2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n7/0100-7203-rbgo-37-07-00325.pdf> .Acesso em:31. Ago. 2019.

- 14 - GOMES, C.B.; *et. al.* Hábitos alimentares das gestantes brasileiras. *Ciência e saúde coletiva*. São paulo, p.1-14,2019. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000602293&script=sci_arttext .Acesso em:31. Ago. 2019.
- 15 - GOMES, C. D. B., *et. al.* (2016). Alta prevalência de inadequação da ingestão dietética de cálcio e vitamina D em duas coortes de gestantes. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00127815. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00127815.pdf> Acesso em: 09 jun. 2019.
- 16 - GONÇALVES, Roselane; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; SOBRAL, Danielle Henriques. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. *Rev bras enferm*, v. 58, n. 1, p. 61-4, 2005.
- 17 - MARTINELLI, Katrini Guidolini. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *CEP*, v. 29040, p. 090, 2014.
- 18 - MATTAR, Rosiane et al. Obesidade e gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2009.
- 19 - NOCHIERI et al. Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta desnutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo. *O Mundo da Saúde São Paulo*, [Internet]. 2008; 32(4):443-451. Disponível em:http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/05_Perfil_baixa.pdf. Acesso em:01. out. 2019.
- 20 - NOMURA, R. M. Y. (2011). Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 33(2), 87-92.

Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/37454247.pdf> Acesso em: 08 jun. 2019.

21 - PEREIRA, S.V.M.; BACHION, M.M.; Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré natal. Rev Bras Enferm 2005; 58:659-64.

22 - Portaria N.º 569/GM, do Ministério da Saúde, de 1 de junho de 2000(BR) [Internet]. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 1 jun 2000. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em:09. out. 2019.

23 - SAFFIOTI, R. F. Consumo alimentar de ácidos graxos em gestantes com insuficiência placentária (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-21052014-140936/en.php> Acesso em: 09 jun. 2019.

24 - TEIXEIRA, D.; *et al.*; Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Alimentação e Nutrição na Gravidez. Lisboa, Portugal. p.4,2015

25 - VASCONCELOS, Oliveira *et al.*(Org.). Nutrição clínica: Obstetrícia e pediatria.Rio de janeiro: Medbook,2011.

25 - RAUBER, F.;Doenças hipertensivas na gestação. In: VASCONCELOS, Oliveira *et al.*(Org.). Nutrição clínica: Obstetrícia e pediatria.Rio de janeiro: Medbook, 2011,p.125.

26 - ROMBALDI, Bernardi.; Doenças hipertensivas na gestação. In: VASCONCELOS, Oliveira *et al.*(Org.). Nutrição clínica: Obstetrícia e pediatria.Rio de janeiro: Medbook,2011,p.125-127,

27 - VITOLLO, Márcia Regina. Nutrição—da gestação ao envelhecimento. Editora Rubio, 2014

28 - PAIVA, S. et al. Obesidade e Gravidez. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, [Internet]. 2007; 2:7-10. Disponível em: http://spedm.org/media/Obesidade_e_gravidez-20121112-124213.pdf. Acesso em:01. out. 2019.

29 - ROSSI, L; CARUSO, L; GALANTE, A.P. Avaliação nutricional: novas perspectivas. 2. Ed. Gen, Rio de Janeiro, 2015.

30 - VETTORE, M. V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011; 27(5):1021-1034. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n5/19.pdf>. Acesso em:01. Out. 2019.